Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Lehre von den Psychosen bei Nephritis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Schopen
aus Cloppenburg i. O.

Berlin 1917.
Verlag von R. Trenkel.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Lehre von den Psychosen bei Nephritis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Schopen
aus Cloppenburg i. O.

Berlin 1917.
Verlag von R. Trenkel.

Nr. 62.

Rektoratsjahr 1913/14.

Ref.: Siemerling.

Zum Druck genehmigt: Lüthje, z. Zt. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0172

Schon seit langer Zeit ist es bekannt, daß die Nieren nicht allein Eiweiß ausscheiden, wenn sie krankhaft verändert sind, sondern auch bei allgemeinen pathologischen Zuständen des Organismus, ja man spricht sogar von einer physiologischen Albuminurie, jedoch hat neuerdings von Noorden in den meisten Fällen die physiologische Albuminurie auf eine Erkrankung des uropoetischen Systems zurückgeführt. Unter den pathologischen Zuständen des Organismus, die mit Störungen der Nierenfunktion einhergehen, sind die Krankheiten des Zentralnervensystems zu nennen. Im Anschluß an Apoplexien, nach Commotio cerebri, bei epileptischen und paralytischen Anfällen fand man Albumen im Urin, bei reinen Geistesstörungen wurde bei Delirium tremens, bei Delirium akutum und bei der Manie fast regelmäßig Albuminurie beobachtet. Die hier beobachtete Eiweißausscheidung hat aber weder für den klinischen Verlauf, noch für die Pathogenese der Erkrankungen eine Bedeutung Sie ist sekundär durch zerebralen Einfluß entstanden. Hierfür sprechen die Versuche Claude Bernards, der in allerdings nicht so allgemein anerkannter Weise, wie beim Zuckerstich, durch Verletzung einer in der Nähe des Zuckerzentrums im 4. Ventrikel gelegenen Stelle bei seinen Versuchstieren im Urin Albumen fand.

Der umgekehrte Modus, daß Störungen der Nierenfunktion mit sekundärer Beteiligung des Zentralnervensystems einhergehen, ist durch die bedeutsame Errungenschaft, welche die Psychiatrie dem Aufschwunge naturwissenschaftlicher Forschung im vergangenen Jahrhundert zu verdanken hat, der die Lehre von der somatischen Grundlage der Geistesstörungen zeitigte, erkannt und einwandfrei nachgewiesen. Für diesen Zusammenhang zwischen

organischen Leiden und psychischen Anomalien lassen sich viele Beispiele aus der Literatur anführen, aus denen in unzweideutiger Weise hervorgeht, daß es Psychosen gibt, deren Ursprung lediglich in sogenannten Autointoxikationszuständen zu suchen ist. Bouchard hat das Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, daß unser Körper „un réceptacle et un laboratoire de poisons" ist, und daß auch unter normalen Verhältnissen im Körper giftige Stoffwechselprodukte gebildet werden, die, falls die Ausscheidung durch die physiologische Sekretion und Exkretion aufgehoben ist oder wenn sie in größerer Menge produziert werden, zur Vergiftung, Autointoxikation, des ganzen Organismus führen können. Bei allen Fällen von Autointoxikation finden wir das Zentralnervensystem entweder in leichter Weise mit Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit oder in schwerer Form mit Konvulsionen und Coma beteiligt. Es ist daher nicht zu verwundern, daß sich auch psychische Störungen als Folge entwickeln können. Zudem kennen wir eine ganze Gruppe von Geisteskrankheiten, die nach Intoxikationen z. B. mit Alkohol, Blei, Morhpium und anderem auftreten. Es können also toxische Stoffe Psychosen hervorrufen. Bei den Infektionspsychosen sind es ebenfalls Giftstoffe, die Stoffwechselprodukte der Bakterien, die Ptomaine, die im menschlichen Körper selbst zur Entwicklung gelangten und wohl mit Sicherheit als das schädigende Agens erkannt sind.

Von den Infektionskrankheiten, die häufiger Psychosen nach sich ziehen sind zu nennen: Typhus abdominalis, Erysipelas, akuter Gelenkrheumatismus, akute Exantheme und Diphtherie, Pneumonie, chronische Tuberkulose, septische Erkrankungen. Ebenso ist für andere Erkrankungen, die Psychosen im Gefolge hatten, der Zusammenhang zwischen organischem Leiden und psychischer Erkrankung bewiesen. Hierher gehören die gelegentlich bei Herzkrankheiten, bei gastrointestinalen Erkrankungen, bei Basedowscher Krankheit, Tetanie und Myxödem, bei Eklampsie, bei cholämischen und urämischen Zuständen beobachteten Psychosen.

Die im Anschluß an akute und chronische Niere nentzündungen beschriebenen Geistesstörungen gehören im Vergleich zur Häufigkeit der Nephritiden zu den Seltenheiten. Dies ist um so mehr zu verwundern, weil die Funktionsfähigkeit der Nieren für die mechanischen Momente der Zirkulation von so grosser Bedeutung ist und die Schädigung der Funktion dieser Organe in allen Fällen mit einer mehr oder weniger starken, für die Entstehung der Psychosen bedeutungsvollen, allgemeinen Dyskrasie verbunden ist.

Über die Art der nach Nephritis auftretenden Geistesstörung sind die Autoren verschiedener Meinung. Nach Jacobson handelt es sich in der Mehrzahl der veröffentlichten Fälle um akute halluzinatorische Verwirrtheit, hauptsächlich maniakalischer, aber auch oft depressiver und stuporöser Natur.

Auerbach betont besonders den melancholischen Grundzug dieser Zustände.

Brower unterscheidet drei Arten von Geistesstörung nach Nephritis. Als erste Form führt er die akute delirante Urämie an. Die zweite Form, seltener als die vorige, bei neurophatischen, erblich nicht belasteten Individuen vorkommend, beruht auf einer chronischen Intoxikation und tritt als langsam fortschreitende Demenz auf. Die dritte Form findet sich bei zu Geisteskrankheiten disponierten Individuen als Manie oder Melancholie.

Neuerdings sind von Bonhoeffer klinische Beobachtungen bei chronischer Urämie zusammengestellt worden, die kaum von dem Verlauf einer progressiven Paralyse zu unterscheiden waren. Objektiv war ein Rückgang der Leistungsfähigkeit, eine Veränderung des Charakters im Sinne der vermehrten Reizbarkeit oder Gleichgültigkeit, im weiteren eine ausgesprochene Euphorie vorhanden. Zu den psychischen Symptomen kamen die körperlichen Symptome der Dementia paralytica, nur eine reflektorische Pupillenstarre konnte nicht einwandfrei festgestellt werden.

Symptomatologische Verwandtschaft bestand in an-

deren Fällen auch mit epileptischen Dämmerzuständen. Es waren besonders Zustände im Anschluß an Krampfanfälle, die mit phantastisch hypochondrischen Erscheinungen neben motorischer Erregung einhergingen und mit einer Störung der Rückerinnerung verbunden waren. Die von demselben Autor beobachteten urämischen Delirien zeigten nichts Pathognomonisches, nur eine starke Abgeneigtheit gegen jede geistige Inanspruchnahme war charakteristisch. Andere urämische Psychosen folgten dem Typus der Amentia: Inkohärenz, erhöhte Ablenkbarkeit, Gesichtstäuschungen, Phoneme, schneller Wechsel der Affekte, Unordnung des Handelns mit motorischer starker Erregung.

Von Bischoff wurde auf die häufige Kombination mit katatonen Symptomen, besonders den motorischen Negativismus hingewiesen.

Von einer typischen renalen Psychose, bei der man aus den Symptomen Rückschlüsse auf die Ätiologie der Erkrankung ziehen könnte, kann also nicht die Rede sein. Es ist auch hier daran festzuhalten, daß es keine von den übrigen Psychosen durch besonders charakteristische Merkmale abgegrenzte Infektions-oder Intoxikationspsychose gibt (Siemerling, deutsche Klinik).

Einer der ersten in der Literatur mitgeteilten Fälle stammt von Jolly, der bei einem 19jährigen Mädchen im Anschluß an eine akute Nephritis eine akute halluzinatorische Verwirrtheit beobachtete, ohne das psychopathische Anlage der Patientin als disponierendes Moment verantwortlich gemacht werden konnte.

Haslund (Ugeskrift for Läger) beschrieb folgenden Fall:

Am. 6 September 1873 trat ein 19 Jahre alter junger Mann mit allen Zeichen der Brightschen Krankheit, welche nach der Anamnese schon vor zwei Monaten ihren Anfang genommen hatte, in das Kopenhagener Komune-Hospital ein. Durch eine Milchkur erfolgte bedeutende Besserung, die Ödeme verschwanden, das Aussehen wurde frisch und der Kranke befand sich wohl; nur der Eiweißgehalt des

Urins blieb unverändert. Vom 5. Oktober an wurde das Befinden jedoch wieder schlechter, Ödeme kamen und nahmen ab und zu, es stellte sich Erbrechen, Schmerzen in der Lendengegend und leichter Aszites ein. Schwitzen mittels warmen Bades und wollener Decken erleichterte nur vorübergehend. Am 27. November klagte der Kranke über Druck auf der Brust, das Ödem im Gesicht hatte etwas abgenommen, das an den Schenkeln war fast ganz verschwunden. Am Nachmittag desselben Tages wurde der Kranke somnolent, abends bekam er starke konvulsivische Zuckungen im ganzen Körper, die als leichte Schauer begannen und sich zu heftigen Konvulsionen steigerten. Das Bewustsein war dabei völlig klar. Nach halbstündigem Schlaf hatten die Krämpfe aufgehört, und Patient befand sich ein paar Tage lang ziemlich gut. Am 29. November gegen Abend trat plötzlich ein starker Angstanfall auf, der Kranke delirierte und bekam gleichzeitig Krämpfe in den Gesichtsmuskeln. Gegen Morgen waren die Delirien milder, der Kranke schien Halluzinationen zu haben und seine Umgebung nicht zu erkennen. Nach Verabreichung von Morphium schlief er ruhig. Nachher aber dauerten Zuckungen und Delirien fort. Der Kranke war oft tobsüchtig, schlief nur wenig, war unreinlich und gefräßig und sein Zustand bot ganz das Bild einer Manie. Morphiuminjektionen waren von geringer Wirkung. Die Stärke der Ödeme schwankte, der Aszites blieb unverändert. Anfang März wurde er ruhiger und auf Wunsch der Eltern entlassen. Die Ödeme verschwanden fast vollständig und der Patient kam im Verlaufe des Sommers fast völlig zur Vernunft. Mit der zeitweisen Zunahme des Ödems wurde der Kranke matt und benommen, bekam Erbrechen Durchfall und Kopfschmerzen; Symptome von Geistesstörung traten jedoch nicht wieder auf, nur das Gedächtnis hatte anscheinend etwas gelitten. Anfang des folgenden Jahres trat wieder ein Anfall von urämischen Symptomen auf, es trat schneller Kollaps ein, ohne das eine Spur von Konvulsionen oder Delirien zu bemerken war.

Scholz (Berliner Kl. W. 1876 Nr. 41) sah folgendes Krankheitsbild. Ein 43jähriger Konditor, erblich nicht belastet, kam mit deutlichen Symptomen einer Schrumpfniere (mäßiges Ödem, mäßige Albuminurie, starke Vergrößerung des linken Ventrikels) ins Spital. Fieber bestand nicht; Patient war aber in seiner Ernährung sehr heruntergekommen. Der Augenspiegel ergab geschlängelte, hyperämische Venen, graue Trübung der Papillen, Hämorrhagien und weißliche Verfärbung in der Umgebung der Makula lutea. Acht Tage nach der Aufnahme wurde Patient plötzlich sehr lustig, lachte, schwätzte unaufhörlich und wies auf Befragen nach dem Grunde seiner Heiterkeit kichernd nach dem Fenster und der Stubenecke — er müsse über die Menschen lachen, die dort säßen und so komische Grimassen schnitten. Dabei war der Kranke sich und seiner Umgebung vollkommen bewußt und antwortete korrekt auf alle Fragen. Aber schon am folgenden Tage nahmen die Halluzinationen einen finsteren, drohenden Charakter an. Der Kranke sah Gestalten auf sich zustürzen, um ihn zu schlagen, zu töten, er schrie oft laut auf, sprang aus dem Bette, um sich seinen Peinigern zu entziehen. Auch dieser Zustand hielt nicht lange an, sondern machte dem einer größeren Ruhe und gleichmäßigeren Stimmung Platz, in welchem die Halluzinationen allmählich zu verblassen schienen. Dafür traten fixierte Wahnvorstellungen auf, die den Charakter des Verfolgungswahns trugen und den Kranken bis zu seinem Tode nicht mehr verließen. Am 34. Tage seines Krankenhausaufenthaltes erfolgte nach 30 stündigen Koma der Exitus letalis.

Die Sektion bestätigte durchaus die Diagnose „Schrumpfniere“ und ergab im übrigen folgendes Resultat: Hyperämie und Verdickung der Pia; frisches, sulziges Exudat auf der Konvexität bei der Hemisphären. Weniges, klares Exudat in den nicht vergrößerten Seitenventrikeln. Am Herzen bedeutente Hypertrophie des linken Ventrikels und Insuffizienz der Mitralis. Auf dem Pericardium frische Injektionen und leichte fibrinös-eitrige Auflagerungen. Die

Nieren beiderseits, namentlich rechts, stark geschrumpft und granuliert. Die Rindensubstanz ist fast verschwunden.

Eine ganze Reihe von Fällen psychischer Störungen bei Nierenkrankheiten hat Hagen in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 38 zusammengestellt. Darunter sind auch die oben angeführten Fälle von Jolly, Haslund und Scholz, ferner solche von Wieks, Leidesdorf. Clouston, und Schüle. Als weitere Autoren, die über das Thema der renalen Psychosen geschrieben haben, nenne ich Wille, Jacobson, Auerbach und Köppen.

Im Archiv für Psychiatrie Bd. 32 bringt Meyer zwei Fälle von akuten Psychosen, einer nach Hydronephrose, der andere nach Schrumpfniere, die lediglich dem Typus des Delirium akutum folgen, ohne daß sich begleitende urämische Symptome finden. In beiden Fällen tritt ohne längere Prodrome anfangs leichte Verwirrtheit und ängstliches Gefühl auf, um nach wenigen Tagen zu der schwersten Verwirrtheit und heftigsten Unruhe zu führen. Nur ganz kurze, abgerissene Worte und halbe Sätze folgen sich in wirrem Durcheinander. Der ganze Körper ist in unausgesetzter, ungeordneter Bewegung (Jaktation). In wenigen Tagen tritt schneller Verfall und der Tod ein. Die Temperatur war nicht zu messen.

Im Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie von 1901 führt Batten einen Fall von Melancholie bei einer Patientin mit Morbus Brightii an, die im Anschluß an einen zufälligen größeren Blutverlust geheilt wurde.

Scherb (Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie 1902) teilt einen Fall von Verwirrtheit und zerebellaren Krankheitserscheinungen mit, die im Anschluß an eine Urämie bei einem 49jährigen Manne auftraten. Nach vorgenommener Lumbalpunktion tritt schnelle Besserung ein.

Im Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie 1903 berichten Vigouroux und Juquelier über zwei Falle von Delirien im Zusammenhang mit vorübergehenden Nierenstörungen.

Aus der hiesigen Klinik wurde 1904 durch Kellersmann ein Fall von akuter Verwirrtheit bei Urämie publiziert. Bei der 55jährigen Patientin hatte früher Potus bestanden, psychopathische Belastung lag nicht vor. Die Sektion ergab interstitielle Nephritis. Ebenfalls aus der hiesigen Klinik erschien 1911 durch Wertheim die Publikation eines Falles von akuter Verwirrtheit bei Urämie. Es handelte sich um einen 21jährigen Matrosen, bei dem nach einer akuten Nephritis eine Reihe von urämischen Symptomen auftraten, zu denen im Laufe von drei Tagen das Zustandsbild der Psychose hinzukam. Von einer psychopathischen Belastung oder einem vorausgegangenem Akoholabusus war anamenestisch nichts zu eruieren. Durch die Freundlichkeit des Herrn Geheimrat Siemerling bin ich nunmehr in der Lage, über einen Fall zu berichten, der in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Königlichen Universität zu Kiel zur Beobachtung gelangte. Ich lasse zunächst dessen ausführliche Krankengeschichte folgen.

Krankengeschichte.

Anamnese: Ein 29jähriger Oberfeuerwerksmaat, der am 2. IV. 1900 bei der Kaiserlichen Marine als Schiffsjunge eintrat, wurde am 8. V. 12 in das Marinelazarett zu Wilhelmshaven aufgenommen. Ich lasse zunächst die dort geführte Krankengeschichte folgen. Mit ca. zehn Jahren machte Patient Masern durch. Vor der Einstellung will er sonst nie krank gewesen sein. Während seiner Dienstzeit hat er folgende Krankheiten durchgemacht:

1. Verstauchung des linken Knies 16. V.—22. V. 00
2. Bindehautentzündung rechts 5. VI.—7. VI. 07.
3. Akuter Darmkatarrh 7. X.—14. X. 08.
4. Tripper 5. X.—19. X. 10.
5. Harnröhrenentzündung nach Tripper 24. III. bis 26. IV. 11.
6. Akute Nierenentzündung 9. II.—3. IV. 12.

Seine Mutter ist an unbekannter Ursache gestorben. Vater gesund, acht gesunde Geschwister. Über Lungen- und Nervenkrankeihten in der Familie nichts bekannt. Seit seiner Entlassung aus dem Lazarett Kiel am 3. IV. 12. will er Flimmern vor den Augen, Druckgefühl im Kopfe, morgens beim Aufstehen Schmerzen in den Kniegelenken haben, die durch Bewegungen schwinden. Nach längerem Sitzen stellen sich die Schmerzen wieder ein. Nach geringen Anstrengungen angeblich Atemnot und Herzbeklemmung. Das geringste Geräusch regt ihn auf. Allgemeine Mattigkeit. Appetit angeblich seit Anfang April schlecht. Stuhl zeitweise angehalten. Letzter Stuhl angeblich heute Morgen. Im letzten Vierteljahr angeblich Gewichtsabnahme. Am 3. V. meldete er sich krank wegen seiner genannten Beschwerden. Ist angeblich sehr interessenlos an allem. Hat bis heute seit 3. IV. Dienst als Küchenunteroffizier getan. Da die Beschwerden ihn angeblich in der Ausübung seines Dienstes sehr hinderten, meldete er sich heute wieder krank.

Rauchen: täglich drei Zigarren, drei Zigaretten, drei Checkpfeifen. Alkohol: drei bis vier Glas Bier.

Als Entstehungsursache wird angegeben die Nierenentzündung vom Februar bis April.

Status: Mittelgroßer Mann, von mittelstarkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur, ausreichendem Fettpolster, auf Brust und Bauch pityriasis versicolor. Gesicht gerötet, Schleimhäute gut durchblutet. Gebiß: Molares und oben Prämolares defekt. Rachenorgane: Zunge am Grunde troken, belegt, sonst ohne Befund.

Brustkorb leidlich gut gewölbt und ausdehnungsfähig.

Klopfschall über den Lungen ohne Befund. Atemgeräusche vesikulär, ohne Nebengeräusche.

Herzspitzenstoß im 5. I. R. anderthalb Querfinger einwärts der Mamillarlinie sichtbar und fühlbar. Dämpfung nicht verbreitert. Töne rein. Schlagfolge regelmäßig. Respiratorische Arythmie. Im Liegen 18—20, im Stehen 18—19 nach zehn Kniebeugen: 30, 25, 21, 20, 20, 23.

Puls: normal frequent, regelmäßig. Aterie gut gefüllt und gespannt. Leib weich, nirgends Druckchmerz. Leber und Milz in normalen Grenzen. Bauchdeckenreflex lebhaft, beiderseits gleich.

Genitalien ohne Befund.

Reflexe: Haut und Sehnenreflexe ziemlich lebhaft. Lebhafter Dermographismus.

Pupillen gleich und mittelweit, reagieren gut auf Licht und Konvergenz. Temperatur normal.

Urin frei von Albumen und Zylindern.

Behandlung: Bettruhe, Beobachtung, Nierendiät.

9. V. Untersuchung auf der Augenabteilung: Für Naharbeit beiderseits Glas von 1, 0 Dioptrie empfohlen. Augenhintergrund und Bewegung normal.

10. V. Klagt über Kopfdruck und Flimmern vor den Augen. Macht nervösen Allgemeineindruck. Häufiger Lidschlag, besonders beim Sprechen. Es ist ihm angeblich unmöglich, längere Zeit zu lesen: „Es wird dann sein Gedankengang von anderen Gedanken unterbrochen und er sitzt da wie im Traumzustande". Der Urin war bisher stets eiweißfrei. An den inneren Organen kein feststellbarer Krankheitsbefund. Kein Harnröhrenausfluß.

Behandlung: Sol. Kal. Bromat: 6,0 zu 200,0. Dreimal täglich einen Esslöffel. Urin auch heute eiweißfrei. Patient wird, da es sich bei ihm offenbar um allgemein nervöse (neurasthenische) Beschwerden handelt, zur weiteren Beobachtung und Behandlung nach Abteilung I a verlegt.

11. V. Krankenabteilung I a. Vater trinkt täglich mittags und abends seinen Schnaps, sei aber nie betrunken gewesen. Vater rege sich bei Ärger leicht auf und knirsche mit den Zähnen. Patient hat in der Schule gut gelernt. Zunächst ein Jahr Hausdiener in Kaufmannsgeschäften, dann als Schiffsjunge bei der K. M. eingetreten. Keine Zivilstrafen. Nie bewußtlos. Keine Schwindelanfälle. Keine Kopfverletzung. Keine Strafe bei der K. M. Schädel frei von größeren Narben, nicht klopfempfindlich. Hinterhaupt stark abfallend. Pupillen ohne Befund. Augenbe-

wegungen frei. Bindehautreflex und Hornhautreflex beiderseits lebhaft. Kein Lidflattern. Häufiger Lidschlag. Facialis symmetrisch. Zunge wird gerade heraus gestreckt, zittert leicht, etwas belegt. Rachenreflex vorhanden. Streichröte spät, deutlich. Reflexe der oberen Gliedmaßen auslösbar, kein merkliches Händezittern.

Bauchdeckenreflex und Kniesehnenreflex lebhaft. Achillessehnenreflex, Fussohlenreflex und Hodenheberreflex lebhaft. Romberg nicht vorhanden. Fünfter Hirnnerv und die großen Nervenstämme der Extremitäten nicht druckempfindlich. Keine Gefühlsstörungen. Schmerzempfindung normal.

Innere Organe ohne Befund.

Puls 84, regelmäßig, gleichmäßig kräftig.

Er schlafe sehr unruhig, träume viel, habe keine Lebenslust, kein Interesse für irgend etwas. Nach kurzem Lesen schmerzen die Augen. Gefühl als würden die Augen nach innen gedrückt; dabei ziehe sich das Gehirn zusammen: er bekomme ein kitzelndes Gefühl, daß von den Augen durch Kopf und Hals nach dem Herzen ziehe. Manchmal Zucken im Rücken, in der linken Brustseite, im Ober- und Unterschenkel. Manchmal Herzklopfen. Appetit sei gut. Stuhlgang regelmäßig. Patient macht deprimierten Eindruck; hält sich anscheinend für sehr krank.

14. V. Fühlt sich wohler, macht freieren Eindruck.

17. V. Wohlbefinden. Möchte den ganzen Tag außer Bett sein.

20. V. Klagt über Flimmern vor den Augen, er sehe helle Streifen und Sterne. Ist Tags außer Bett uud guter Stimmung.

In letzter Zeit keine Klagen. Ruhiges stilles Wesen. Schlaf und Appetit gut. Außer etwas lebhaften Reflexen kein objektiver Befund. Bis zum Antritt eines Erholungsaufenthaltes in Klein-Machnow entlassen.

Zusammenfassung: Oberfeuerwerksmaat im 13. Dienstjahr, nicht nachweisbar belastet, normal entwickelt, nach überstandener Nierenentzündung Auftreten neurasthenischer

Beschwerden. Unter Packungen, Brom und Liq. ferri Besserung. Zur weiteren Erholung Aufenthalt in Klein-Machnow vorgeschlagen.

Wird wieder aufgenommen am 17. VI. 12. Oberfeuerwerksmaat H. kenne Patienten seit 10 Jahren. Er sei früher vergnügt und lebenslustig gewesen. Seit der Nierenkrankheit spreche er viel von seiner Krankheit, sei verändert, ziehe sich vom Verkehr zurück, sei viel allein, beschäftige sich nicht, sei reizbar, leicht verletzt, sehr vergeßlich, wisse nach kurzer Zeit nicht mehr, was er kurz vorher gesagt oder getan habe. Seit drei Tagen sei er besonders aufgefallen durch unsinnige Redensarten, habe z. B. gesagt, wenn er an Land gehe, würde er nicht wiederkommen. Am 16. abends habe er dem Referenten zwei Mark gegeben, damit er ihm Zigaretten besorge, habe kurz darauf nicht mehr gewußt, wieviel er Referenten gegeben hatte. Patient wollte um $^1/_2$ 11 Uhr abends plötzlich noch spazieren gehen, ließ sich nur schwer zurückhalten. Sprach dauernd von seinem Leiden, habe Kopfschmerzen und Herzstiche. Heute morgen habe Referent beobachtet, wie Patient in ganz unmilitärischer Haltung vor dem Feldwebel stand. Nach dem Vorfall sei Patient zu Referenten auf die Stube gekommen, habe den Kopf auf den Tisch gelegt und geweint, nicht gesprochen, sei dann auf seine Stube gegangen. Nach etwa einer Stunde sei er ganz ruhig und vernünftig gewesen, habe aber Referenten gefragt, was der Feldwebel von ihm gewollt habe. Patient habe gestern abend und heute Morgen blaß ausgesehen, einen starren Blick gehabt.

Nach der Lazarettentlassung keinen Dienst getan, sollte am 25. VI. zur Kur nach Klein-Machnow. Fühlte sich in der Kaserne unter seinen Kamaraden „überflüssig“ als „unnützer Gast“, konnte es nicht ertragen, daß die andern arbeiteten und er nicht, wurde mißtrauisch, glaubte man spräche über ihn; wenn einige Unteroffiziere, die er von früher gut kannte sich zusammen unterhielten, glaubte er, man hielt ihn für einen „Drückeberger“, hatte das Gefühl, als würde er dauernd von ihnen beobachtet, als sehen

sie immer zu ihm hin, wenn sie sprächen. Er habe sich allgemein matt gefühlt, habe keine Lust gehabt, spazieren zu gehen, sei meistens nur auf dem großen Exerzierplatz gewesen, oft mit dem Obermaaten H. zusammen. Er habe bei der Untätigkeit viel grübeln müssen, viel über seine Krankheit nachgedacht, sei immer trüber Stimmung gewesen, konnte nicht mit den Kameraden fröhlich sein, hatte das Gefühl, als wenn er von seinen Kameraden nicht mehr verstanden würde.

Jetzige Klagen: Augenflimmern, eigentlich immer, manchmal sehr stark. Danach treten dann immer Stirnkopfschmerzen auf. Manchmal Schmerzen im Rücken, unter den Schulterblättern. Morgens könne er das linke Knie nicht gerade machen; die linke Körperhälfte sei oft wärmer als die rechte; das linke Handgelenk sei dicker als das rechte. Als durch Messung bei beiden gleicher Umfang festgestellt wird, meint Patient „es hinge wohl mit den Nerven zusammen". Wenn er Briefe oder Karten schreiben wolle, komme es vor, daß er nach wenigen Zeilen aufhöre und gedankenlos vor sich hinstarre. Er könne sich nicht recht beschäftigen, habe keine Ruhe.

Patient macht stark deprimierten und gehemmten Eindruck, sieht den Arzt oft mißtrauisch an. Hält offenbar sehr mit seinen Klagen und Gedanken zurück. Äußert manchmal etwas Unverständliches, in unklarer, gezierter Ausdrucksweise. Wenn er dann genauer danach gefragt wird, weicht er aus, sucht eine harmlose Erklärung zu geben. Ist in seinen Bewegungen sehr langsam, zeigt starren, unbewegten Gesichtsausdruck, spricht monoton.

18. VI. Befund: Schädel nicht klopfempfindlich, 5. Hirnnerv ohne Befund. Pupillen mittelweit, gleich, reagieren gut. Augenbewegungen frei. Lidflattern nicht vorhanden. Bindehaut und Hornhautreflex schwach auslösbar.

Facialis symmetrisch. Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert leicht, ist stark belegt. Die Gaumenbögen werden gleichmäßig gehoben. Der Rachenreflex ist vorhanden. Streichröte deutlich. Reflexe der oberen Gliedmaßen vorhanden. Kein Händezittern.

Bauchdeckenreflex
Kniesehnenreflex
Achillessehnenreflex
Fußsohlenreflex
} lebhaft auslösbar.

Wirbelsäule nicht klopfempfindlich. Keine Gefühlstörungen. Innere Organe ohne Befund. Im Urin kein Albumen und kein Saccharum.

20. VI. Patient klagt nur über Ziehen im Kopf, spricht wenig, liegt meistens ohne Beschäftigung da, zeigt wenig Affekt. Patient beobachtet alle Vorgänge in seiner Umgebung genau. Sagt, „er müsse bald in eine andere Umgebung kommen". Ist sehr zurückhaltend.

22. VI. Hatte in letzter Zeit trägen Stuhlgang, erhielt daher gestern Abend 2 Tabletten Rad. Rhei. Erzählte heute Morgen mit mißtrauischer Miene, er habe heute Morgen unterhalb des linken Rippenbogens ein „Wühlen" bekommen. Kurz bevor der Stuhlgang auftrat, seien ihm plötzlich allerlei Gedanken durch den Kopf geschossen.

23. VI. Gibt auf Befragen an, hier im Lazarett fühle er sich nicht beobachtet, glaube auch nicht, daß hier über ihn gesprochen würde. Macht stehts ruhigen und geordneten Eindruck, scheint aber mißtrauisch und nicht ganz frei von Beziehungsideen zu sein. An den oben erwähnten Vorfall mit dem Feldwebel will er keine Erinnerung haben.

24. VI. Obwohl dem Patienten gestern auseinander gesetzt ist, daß sich der Antritt der Kur in Klein-Machnow vielleicht noch verzögern könne, bittet er heute um Auskunft, wann er dort hinkomme. Zeigt dauernd ein starres Gesicht und mißtrauischen Blick, spricht oft ganz zerfahren.

25. VI. Nach Bericht der Nachtwache hat Patient gar nicht geschlafen, viel unter seinen Sachen des Krankentisches gekramt, zeitweise mit starrem Gesicht aufrecht im Bett gesessen, aber nicht gesprochen. Heute Morgen hat er einem anderen Kranken gesagt, er wolle ihm etwas aufschreiben. Hat zum diensthabenden Obersanitätsgefreiten in zerfahrener Weise gesprochen, mehrfach gesagt, er habe ein Unrecht getan, er bekenne sich schuldig. Gegen

9 Uhr vormittags verließ er den Saal, um auszutreten, ging unbeobachtet in das Schreibzimmer, entwendete dort eine Papierschere, brachte sich mit dieser zwischen linker Brustwarze und Brustbein eine oberflächliche Stichwunde bei und ging dann wieder in das Schreibzimmer zurück. Hier wurde er, kurz nachdem er den Saal verlassen hatte, von dem Obersanitätsgefreiten angetroffen, wie er auf einem Blatte schrieb. Als er gefragt wurde, warum er so blutig sei, sagte er sofort, „es ist mein eigener Wille, ich bekenne mich schuldig.“ In den Saal geführt, geht er mit starrem Gesicht ohne das geringste Zeichen einer Erregung auf sein Bett zu, legt sich auf Aufforderung hinein, hebt dann plötzlich die rechte Hand zum Schwur auf und sagt, indem er den Arzt starr ansieht mit feierlicher Miene „ich schwöre, es ist mein eigener Wille“.

(Warum getan?) „Um mich zu rechtfertigen“.

(Warum rechtfertigen?) „Ich habe falsch gehandelt, ich habe behauptet, mir sei Unrecht geschehen“. Etwas bestimmtes ist aus dem Patienten nicht herauszubekommen. Er spricht in zerfahrener Weise immer nur von seiner Schuld und daß er es so nicht gemeint habe. Auffallend ist bei dem Patienten das Starre, Unbewegte seines Gesichtes, die Langsamkeit und beinahe Feierlichkeit seiner Bewegungen und seiner Sprache, das völlige Fehlen jedes Affektes. Patient hatte gestern Nachmittag Erlaubnis, 2 Stunden aufzustehen, ist in dieser Zeit nur zwischen seinem und dem Nachbarbett hin und hergegangen, hat nicht gesprochen. Im Bett liegt er stets ganz regungslos, beschäftigt sich niemals mit Lesen oder Schreiben, spricht sehr wenig und nur ganz kurz und abgerissen. Nahrungsaufnahme gering, muß zum Essen angehalten werden.

Urin frei von Eiweiß. Trotzdem Patient morgens ein Gramm Veronal erhalten, hat er nicht geschlafen.

Nachmittags benutzt er einen unbewachten Augenblick, um sich mit großer Wucht, den Kopf voran, durch ein geschlossenes Fenster hinaus zu stürzen. Bis zur Mitte der Oberschenkel war er bereits draussen, als es gelang, ihn

festzuhalten. Außer einigen oberflächlichen Hautabschürfungen an Händen, Rumpf und Beinen keine Verletzung. Sagt auf die Frage nach dem Grunde in der bisherigen zerfahrenen Weise, er sei beeinflußt worden, man habe gesagt, er sei feige, er habe es ganz deutlich gehört, habe beweisen wollen, daß er es nicht sei. Außerdem sei ihm nicht vorgelesen, was der Abteilungsarzt gemeldet habe. Zum Schluß schwört Patient wieder mit feierlicher Miene.

Abends 2 Kubiczentimeter Scopolamin-Morphium. Im Laufe des Nachmittags schreibt Patient sehr viel in unordentlicher Weise und unleserlicher Handschrift, sagt nach Befragen, er wolle beweisen, daß er nicht feige sei, daß er unschuldig sei. Er möchte, daß der Arzt sein Schreiben unterschreibe, damit nicht „unpassende Worte herausgenommen und gegen ihn verwendet würden". Es komme sonst der Stempel des Kommandos der N. Station darunter und dann hieße es, „Feuerwerksmaat St. wird erschossen". Er habe eine diesbezügliche Äußerung zwar noch nicht gehört, aber es werde noch so kommen. Ein Kranker habe eben einen Zeitungsartikel vorgelesen über militärischen Aufruhr (es handelt sich um einen Bericht aus der letzten Sitzung des Kriegsgerichts der II. T. D. betreffend 2 Tp. Matrosen). Morgen werde so etwas über ihn darin stehen. Patient bringt alles in völlig zerfahrener, schwerverständlicher Weise vor, zeigt gar keinen Affekt, tut nur sehr überlegen und mißtrauisch bei allen Beschwichtigungsversuchen.

26. VI. Pupillen sehr weit, beiderseits gleich, reagieren. Nachts ruhig geschlafen. Hat einen Brief an seine Angehörigen geschrieben, indem er bittet, in Kiel beerdigt zu werden. „Grabstein wenn möglich mit Bild, aber als Obermaat natürlich".

„Julius und Frau gute Hochzeit am 25. Juli. Auch ich war ein Jüngling mit lockigem Haar und hatte auch einmal die Absicht, Hochzeit zu machen".

Spricht in der bisherigen zerfahrenen, affektlosen Weise weiter davon, er solle erschossen werden. Nachmittags bittet

er um Trinkwasser. Als ein Pfleger sich entfernt, um es zu holen, springt er plötzlich aus dem Bett, schlägt dem anderen Pfleger mit der Faust auf den Kopf und versucht wieder, sich durch ein geschlossenes Fenster hinauszustürzen, wird im letzten Moment noch gehalten. Hat sich Schnittwunden an der rechten Schläfe und am linken Handgelenk zugezogen. Gerät in grosse Erregung, als er verbunden wird, drängt aus dem Bett. Erhält eine Spritze Scopolamin-Morphium. Dennoch keine merkliche Beruhigung. Abends Einspritzung wiederholt, für die Nacht in der Zelle isoliert und dauernde Aufsicht.

27. VI. Nacht ruhig geschlafen, reißt sich morgens alle Verbände ab, bittet um einen Revolver, um sich erschiessen zu können. Sagt, er habe sich doch schon vor 2 Tagen mit der Schere erchossen, könne doch eigentlich garnicht mehr leben. Muß in feste Binden gewickelt werden.

Sieht körperlich verfallen aus, Gesicht blaß, Augen dunkel umrandet. Zunge belegt. Puls kräftig. Nahrungsaufnahme ausreichend.

Als ihm Nachmittags die Binden abgenommen werden zwecks Stuhlentleerung, und nur die Arme gefesselt bleiben, stürzt er sich mit großer Gewalt mit dem Kopf gegen das feste Fenster der Zelle, zieht sich auf dem Scheitel 2 Quetschwunden zu. Wird daher von neuem an den Beinen in feste Binden gewickelt, während die Arme in eine Zwangsjacke gesteckt werden, um das Abreissen der Verbände zu verhüten. Er redet jetzt weniger, sagt nur stereotyp bei jeder Sicherheitsmaßregel „ich weiß schon, was hier los ist, ich soll aus dem Fenster geworfen werden". Verlangt öfter eine Selbstladespistole oder ein Militärgewehr.

28. VI. Auf 2 Grm. Veronal nur während der ersten Hälfte der Nacht geschlafen. Liegt ruhig und stumm in der Zelle, hält sich bisher sauber, nimmt ihm gereichte Nahrung in genügender Menge. Einen Darmeinlauf behält er nicht bei sich, bekommt daher morgens 15 Grm. Ol. Rizini., darauf erfolgt reichlich dünner Stuhl.

29. VI. Nachts trotz Veronal wenig geschlafen. Ist morgens ausgesprochen stuporös, spricht nicht, befolgt

Aufforderungen nicht (Zunge zeigen), hat Stuhl unter sich gelassen, steht nicht allein, sondern läßt sich fallen, wenn er nicht gehalten wird. Wird gebadet und frisch verbunden. Alle Wunden rein und reizlos. Dann auf dem Wachsaal in ein Bett gelegt. Sagt gelegentlich „ich werde falsch behandelt, ich bin ein Versuchsobjekt". Gedankenablauf stark gehemmt. Als ihm gestern gesagt wurde, er soll an seinen alten Vater denken und nicht wieder einen Selbstmordversuch machen, zeigte er völlige Gleichgültigkeit, sagte nur, er hätte schon geschrieben, daß er tot sei.

Nahrungsaufnahme bisher ausreichend.

30. VI. Nachts wenig geschlafen, aber ruhig gewesen. Ist heute völlig stumm, antwortet nicht auf Fragen, befolgt keine Aufforderungen, ist völlig gleichgültig gegen alle Vorgänge in seiner Umgebung.

Pupillen sehr weit, Gesicht starr und unbeweglich, seltener Lidschlag. Erhobene Gliedmassen bleiben einige Zeit stehen. Patient muß zur Entleerung von Stuhl und Urin angehalten werden, muß gefüttert werden.

1. VII. Nimmt jetzt gar keine Nahrung mehr, speit alles wieder aus. Versucht fortwährend, die Verbände abzureissen, sobald seine Arme befreit werden. Zu keiner sprachlichen Äußerung zu bewegen, reagiert nicht auf Nadelstiche, läßt Urin unter sich, läßt sich nicht den Mund reinigen.

2. VII. Morgens als dienstunfähig entlassen zur Überführung in die Kieler Nervenklinik.

Krankengeschichte der Psychiatrischen und Nervenklinik Kiel.

2. VII. Kommt mit starrem Gesichtsausdruck ins Untersuchungszimmer. Ohne den Arzt recht anzusehen, bringt er die Worte vor: „Ich bleibe bei meiner gestrigen Behauptung stehen"! Muß geführt werden, läßt die Beine nachschleppen, wird auf einen Stuhl gesetzt, blickt starr schräg nach unten, bleibt reglos sitzen.

(Wie heißen Sie?) „Das muß in meinem Krankenblatt stehen, Herr Doktor".

Blickt auf, sieht aufs Blatt, auf einmal sagte er: „Ich habe immer zur Zufriedenheit meinen Dienst getan, das muß sich doch widersprechen"! Versinkt wieder, ganz abrupt kommt dann wieder: „Und heute bin ich im Zug gefahren, da hat mich der Feldwebel Th. fest gehalten". . . „Heute bekam ich zweimal Äthereinspritzungen, ich weiß garnicht weshalb". Versinkt wieder, reagiert auf Fragen nach seinem Namen garnicht, spricht dann wieder vor sich hin, redet dann auf den Arzt ein: „Na, das muß doch jeder wissen, Herr Doktor, daß in Friedenszeiten niemand erschossen wird".

(Heißen Sie St.?). . .

(Wie alt sind Sie?) „Im 29."

(Wo hier?) „Im Zivilkrankenhaus"

(In welcher Stadt hier?) „Kiel."

(Wo kommen Sie her?) „Wilhelmshaven-Kiel."

(Was für Datum?) „25. . . sollte ich. . ."

(Welcher Monat?) „den 25. sollte ich nach Klein-Machnow kommen zu Franz H. . ."

(Monat jetzt) „Juni"

(Jahr?) „. . . 19. . . 1912"

(Weshalb im Lazarett gewesen?) „Wegen Erkältung, ich hatte Mandelentzündung."

(Nervös gewesen?) „Das weiß der Artillerieoffizier auch."

(Aufgeregt?) „Nur wenn mich jemand reizt, ebenso wie mein Vater, der trägt alles in sich herum, auf einmal platzt er dann heraus".

„Ich solle von hier nach Klein-Machnow kommen, da sagte. . . da sagte. . . (macht ganz eigentümliche Bewegungen, fährt mit dem rechten Zeigefinger an der Nase entlang zum Auge). . . Paul B., wie ich mich krank meldete, . . ja, sagte er. . . meine eine Hode die krieg ich nicht dünn. . . ja sagte er, . . ja sagte er, wenn eben deinen Dienst nicht mehr machen kannst, meldest dich vor als Lohnschreiber. . . und der Verwalter von P. lag auch im Lazarett. . . der Halbflottillenchef. . . der sagte zu mir. . . sagte. . . sehr tüchtiger Unteroffizier. . . und mittlerweile wurde er abgelöst von Kapitänleutnant B.

(Warum aus dem Fenster gestürzt?) „Da sagte Oberstabsarzt Dr. R. zum Feldwebel ganz leise: 2 Kali bromat. Statt Kalibromat hab ich was ganz anders bekommen. . . was es nun war, weiß ich nicht. . .“

(Weshalb zum Fenster heraus?) „Weil Oberstabarzt R. eine Meldung geschrieben hat“.

(Was stand darin?) „Das weiß ich nicht“.

(Warum Verbände abgerissen?) „Weil ich allmählich zur Erkenntnis kam, daß man mich nicht mehr hier behalten wollte im Lazarett. . . ich hätte gern alles selber bezahlt. . .

(Stimmen gehört?). . .

(Über Sie gesprochen?) „Nein,“

(Beeinflußt?) „Ich bin. . . hypnotisiert worden. . . der die Apotheke hat. . . T. wird er genannt. . . ja sagte er. . . wird sich die Sache entscheiden. Oberstabsarzt R. sagte zu mir. . . ich will noch mal nach der Matrosen-Division gehen und fragen, wie die Sache gehen soll.“

(Wer hat Sie hypnotisiert?) „Ich lag da in dem Bett an der Tür. . . da zeigt er, der Obersanitätsgefreite. . . die Schere raus. . . wie er heißt, weiß ich nicht. . . mit einem Gerichtsschreiber und da sagte dieser Oberheizer von Ostfriesland,. . . geh schnell noch mal austreten. . . da bin ich austreten gegangen. . . und da hatt ich das Gefühl, als wenn es mich dahin zog zur Teeküche, das muß doch Hypnose gewesen sein. . . es steht dran. . . „Zutritt verboten“. . . es steht da ein kleiner Tisch. . . und da lag ein Buch drauf. . . beschrieben. . . ein Federhalter und da war es mir. . . als wenn ich unwillkürlich hypnotisiert wurde, die Schere zu nehmen. . . unterhalb des Herzens.“

(Sollten Sie sich erstechen?) „Das wird wohl so gewesen sein,“. Da nahm ich einen Federhalter, der da lag und schrieb: „Schuldig. . . aber im vollen Bewußtsein gehandelt.“

(Wer hat Sie hypnotisiert!) „Der. . . Ober. . . meiner Ansicht nach geht das vom Obersignal. . . Obersanit. . . Oberstabsarzt F. aus, der Chefarzt werden soll. . .“

(Wie kommen Sie darauf!) „Weil ich zu Franz H

gesagt hatte. . . daß ich. . . daß ich. . . bin geschlechtskrank gewesen und nun freut er sich darauf. . . daß. . . er bald wieder auf Urlaub fahren könnte. . . Oberfeuerwerksmaat H. . . er nennt sich Felix von Brasil. . . er ist von vornehmer Herkunft."

(Warum so viel Selbstmordversuche?) „Weil ich immer arbeiten muß."

(Selbstmordversuche?) „Selbstmordversuche habe ich auch nicht gemacht".

(Gegen die Tür sich gestürzt?) „Nein, das hat der Oberbootsmaat H. gemacht. . ."

(Wer hat gesagt, daß Sie feig sind?) „Auf Abteilung I der Assistenzarzt. . . der ist da gewesen. . . durch Zeugen kann ich das beweisen."

Antwortet, wenn er Gedankengang verfolgt, nicht auf Zwischenfragen, spricht meist bruchstückweise, zeitweise immer in sich versinkend und vor sich hinstarrend, dann wieder einige Sätze ganz fließend schnell. Gesichtsausdruck starr, leblos, Temperatur 38,1.

Status: Kräftiger Knochenbau, reduzierter Ernährungszustand, Bulbi liegen tief in den Höhlen. Muskulatur etwas schlaff, schlechtes Aussehen.

Stärkeverband um beide Handgelenke. Auf dem Scheitel eine noch frische, querverlaufende Hautnarbe, mit Jodtinktur bestrichen.

Mitten auf Brustbein und Herzspitzengegend Heftpflasterverbände.

Trockene, borkige Lippen.

Schädel auf Beklopfen nicht empfindlich. Umfang 59 cm.

Auf der rechten Schläfenseite circa 3 cm lange, frische Hautnarbe.

Pupillen mittelweit, gleich rund. Reaktion auf Licht und Konvergenz vorhanden, etwas träge. Augenhintergrund normal. Gaumenbogen gleichmäßig. Würgreflex schwach vorhanden. Sprache ohne Besonderheiten.

Hebt die Arme langsam und mühsam bis zur Horizontalen.

Kein Tremor digitorum.

Reflexe der oberen Extremitäten schwach positiv. Beiderseits unter den Ellenbogen Hautnarben,

Passive Bewegungen frei. Die erhobenen Arme bleiben einen Augenblick stehen, sinken dann langsam herab.

Kein Widerstreben.

Bauchdeckenreflex vorhanden.

Cremasterreflex nicht auszulösen.

An beiden Ober- und Unterschenkeln zahlreiche Hautabschürfungen.

Patellarreflexe vorhanden, Achillessehnenreflex ebenfalls. Kein Klonus. Zehenreflex fehlt.

Pinselberührungen werden richtig lokalisiert.

Spitz und stumpf wird unterschieden. Auch auf tiefe Nadelstiche keine Schmerzäußerung oder Abwehr.

Puls 116, klein, regelmäßig.

Arterienrohr weich.

Lungen ohne Befund.

Cor: Reine Herztöne.

Abdomen: Ohne Befund.

Urin: Alb.-minus. Saccharum minus.

Spontan: „Man hat die Behauptung aufgestellt, daß ich wichse,. . . daß ich Onanie betreibe. . .

3. VII. 12. Verlangte gestern Nachmittag eine Schere. Schlief den ersten Teil der Nacht gut, den zweiten Teil mit Unterbrechungen. Nahrungsaufnahme nur gering. Liegt. morgens apathisch mit halb geschlossenen Augen und Nasenflügelatmen im Bette. Nach Ansprechen und Ermuntern öffnet er die Augen, das bis dahin förmlich verfallene Gesicht wird etwas geröteter, er bewegt die Hände, und entblößt die mit Pflastern bedeckten Wunden auf der Brust. Erklärt energisch, er bleibe bei seinen gestrigen Aussagen, wiederholt dieses in verschiedenen Ausführungen. Nachmittags starker Schweissausbruch. Puls sehr klein, Fieber.

4. VII. 12. Nacht ruhig verbracht. Antwortet heute auf Fragen zögernd und stockend. Bittet, erschossen zu

werden; bittet aufstehen zu dürfen, da andere ja stehen müßten.

Nahrungsaufnahme nur für Flüssiges gut. Kann allein stehen und gehen. Geht spontan auf's Klosett.

5. VII. 12. Morgens völlig regungslos, reagiert auf keinerlei Anruf, hat die Augen und den Mund krampfhaft geschlossen; zum Trinken nicht zu bewegen, behält Nährklystier bei. Nachmittags etwas freier, unterhält sich mit dem Pfleger. Abends Temperatur 37,6.

6. VII. 12. Nacht stets ruhig. Wegen schlechten Pulses wiederholt Kampferinjektionen. Trinkt, Fütterung gut; unterhält sich mit dem Pfleger.

7. VII. 12. Beim Besuch der Angehörigen fast stumm. Trinkt zur Fütterung Wildunger.

8. VII. 12. Nachts führte er wiederholt Selbstgespräche Morgens zugänglicher.

10. VII. 12. Drängt weg; will vorgeführt werden zur Vernehmung, sei widerrechtlich hier, habe nichts angestellt. Erzählt dann wieder in unklarer Weise, daß man ihn hypnotisiere. Nimmt nur Fütterung. Urin ohne Befund. Stuhlgang geregelt. Wunden abgeheilt.

12. VII. 12. Bittet um Unterredung; berichtet dann zusammenhängend von den Vorgängen im Lazarett; ist erstaunt, als man ihm mitteilt, er sei in der Kieler Nervenklinik, glaubt im Wilhelmshavener Lazarett zu sein. Ist sehr interessiert, was im Krankenblatt über ihn aufgeschrieben ist. Bittet es vorgelesen zu bekommen. Will es kontrollieren. Könnte sich seiner Selbstmordgedanken nicht mehr so erinnern, von den Ursachen selbst weiß er nichts, besinnt sicht erst langsam darauf, da man ihm Einzelheiten vorhält. Bestätigt, von je schüchtern gewesen zu sein. Sei ins Lazarett gekommen; hier habe man ihn über die Achsel angesehen; vorher sei öfter von § 175 die Rede gewesen. Die Leute hätten über ihn Bemerkungen gemacht. Zuletzt habe Oberstabsarzt F. ihn gefragt, ob er sich dort falsch behandelt glaube, was er bejaht habe. Habe sich dann in den Kopf gesetzt, daß es keinen Sinn

mehr habe, zu leben, weil er doch nicht bei der Marine mehr bleiben und nicht mehr ganz gesund werden könne.

Hat dem Pfleger erzählt, er werde als Medium im Kino benutzt und hypnotisiert.

Bringt die Tatsache, daß er gemessen wird, auf seinen Stuhlgang und Urin geachtet wird, damit in Zusammenhang, daß in der Kompagnie auf der Stube scherzweise von § 175 die Rede gewesen sei. Meint im Lazarett habe er statt des verordneten Bromkali eine andere Flüssigkeit bekommen von unbekannter Wirkung.

Noch sehr zurückhaltend, im allgemeinen noch in leicht traumhaftem Zustande; faßt Fragen richtig auf, deutet sie aber vielfach um und konstruiert schwer verständliche Zusammenhänge daraus. Erhebliche Störung des Persönlichkeitsbewußtseins.

Scheint auch hier noch vielerlei Illusionen zu haben.

15. VII. 12. Kommt öfter ins Ärztezimmer, will wissen, wie er hier hergekommen, was er gemacht habe, er habe doch nichts angestellt. Wolle entlassen werden. Noch sehr gespannt, zurückhaltend. Komme in den andern Saal. Wolle sich einen kleinen Laden einrichten. Gibt zu, noch krank im Gemüt zu sein.

Urin: Ohne Befund.

17. VII. 12. Hat heute wieder Schwierigkeiten mit dem Essen gemacht. Noch sehr gehemmt, ratlos, verträumt.

25. VII. 12. Drängt viel aus dem Bett, verlangt neue Kleider. Muß dauernd zum Essen angehalten werden. Spricht fast nicht, blickt auf Befragen ratlos vor sich hin.

9. VIII. 12. Kommt ins Ärztezimmer, nimmt militärische Haltung an und fragt, was er hier solle, er sei evangelisch und nicht katholisch, was er denn angestellt habe, daß er hier sein müsse, wolle nicht auf Kosten der Krankenkasse hier liegen, sein Vater arbeite auf der Werft hier und habe ihn neulich besucht. Liegt meist beschäftigungslos mit starrem Gesichtsausdruck zu Bett, befolgt Aufforde-

rungen zögernd, aber sinngemäß, in den Antworten zeigt sich noch eine ziemlich erhebliche Sperrung, dieselben erfolgen zögernd, nach Pause, oft ruckweise, bisweilen erst nach Wiederholung der Frage. Die Sprache ist stets leise, wie vorsichtig. Angefangene Sätze werden häufig nicht vollendet, verschwimmen, inhaltlich leichte Zerfahrenheit. Fragen nach dem Befinden beantwortet er dahin, daß er sich jetzt schon viel besser befinde. Stets fragt er, oft in verschlungenen, schwerverständlichen Floskeln, ob er nun nicht entlassen werde. Auf Befragen gibt er zu, noch viel Stimmen zu hören, die von allen Seiten herkommen. Nähere Definitionen gibt er nicht. Stets macht er einen gespannten und ängstlichen Eindruck. Impulshandlungen kommen in letzter Zeit nicht mehr vor. Beim Essen muß Patient noch stets zugeredet bekommen. Dauernd Bett. Orientierung frei.

10. VIII. 12. Bittet um Untersuchung des Blutes, erzählt etwas in unverständlicher Weise von Vergiftung des Wassers. Beim Sprechen sind die Sperrungen wieder sehr groß, bisweilen kommt es beim Versuch, ein Wort auszusprechen, zu Logoklonie des Anfangsbuchstabens (Wwwwwwwwasser).

23. VIII. 12. Kommt ungerufen ins Ärztezimmer, antwortet auf Fragen, was er wolle, in halblautem, unzusammenhängendem, kaum verständlichem Stammeln: „Weil da gesagt wird, daß ich noch eh. . . „Ich möchte gerne aufstehen, aus dem Bett raus". „Ich habe bisher dauernd im Bett gelegen und möchte gerne mal". . . (Sie sind doch noch krank?) „Jetzt gehts schon besser".

„Ich war schwer nervenkrank, wie ich hier herkam."

Auf die Frage, ob er wieder gesund, antwortet er: ‚So direkt nicht." (Stimmen?) Patient gibt zu, noch Stimmen zu hören, aber kann sie nicht näher beschreiben. Schweigt auf die meisten diesbezüglichen Fragen.

‚(Frauenstimmen oder Männerstimmen? „Beides".

(Was sagt denn die Stimme?) „Das. . . Schwein. . ."

26. VIII. 12. Drängt bisweilen triebartig aus dem Bett, liegt im übrigen in halbgesperrtem Zustande da, vollendet keinen Satz, murmelt in sehr wenig verständlicher Weise vor sich hin. Es vergeht keine Visite, bei der er nicht seine Entlassung erbittet. Verlangt zur Obduktion nach Wilhelmshaven überführt zu werden.

30. VIII. 12. Patient spricht mit undeutlicher, schwerverständlicher Stimme. Aus seinen verwirrten und ideenflüchtigen Äußerungen ist so viel zu entnehmen, daß er gerne aufstehen möchte und sich nicht für krank hält.

6. IX. 12. Spricht immer halb im Flüsterton, halb manieriert stockend, überstürzend, abrupt. Die Sache müsse in Gang kommen. Knüpft an allerlei kleine Vorgänge in der Umgebung an. Habe gehört, wie man ihm den Ring abnehme. Stimmen höre er dauernd, Durcheinander von Männern und Frauenstimmen.

18. IX. 12. Kommt mehrfach aus dem Bette. Sei das Essen nicht wert. Kommt ins Ärztezimmer, möchte gerne etwas Aufklärung haben, möchte gerne hier weg. Die Reden klingen allmählich in nicht verständliches Gemurmel aus. Zum Reden muß Patient sich anscheinend zwingen, blickt dabei mit weit aufgerissenen Augen um sich. Sein Vater arbeitet auf der Werft. Daß er nicht gut sprechen könne, liege im Kopfe. Beim Sprechen lebhaftes Pupillenspiel. Genau klar sei ihm sein Zustand nicht, krank sei er, es sitze bei ihm im Kopfe. Habe damals in Wilhelmshaven versucht sich umzubringen, weil er undankbar gegen Oberstabsarzt F. gewesen sei. Erst jetzt in letzter Zeit sei ihm alles klar geworden. Auf Befragen, ob er noch an solche Dinge dächte, meint er, er wolle sich nicht lächerlich machen. Nimmt Teil an der Umgebung, liest Zeitung und kann über das Gelesene Auskunft geben. Auch Vorgänge der Vergangenheit kennt er.

25. IX. 12. Drängt aus dem Bett und aus dem Saal heraus; läßt sich nur unter starkem Widerstreben zurückbringen; mittags ermahnt im Bett zu bleiben, wurde er plötzlich aggressiv gegen Pfleger, mußte mit Gewalt zurück-

gebracht werden. Bei der Visite ganz ruhig, spricht monoton-stereotyp vor sich hin, wenn er angeredet wird.

30. IX. 12. Drängt außerhalb der Visite viel aus dem Bett. Murmelt weiter.

2. X. 12. Mit tonloser, kaum zu verstehender Stimme bittet er den Arzt um Aufklärung, wann er entlassen werde, Will teilweise nicht essen, weil er es viel zu gut hier habe.

Macht wieder stärker gespannten Eindruck.

8. X. 12. Drängt dauernd sinnlos auf Entlassung. Spricht immer noch leise, mühsam, abgehackt. Reißt die Augenlider beim Anreden maximal auf.

22. X. 12. Steht seit einigen Tagen auf, befindet sich anscheinend ganz wohl, sieht frischer aus. Redet immer noch ganz leise, tonlos und schnell, fast unverständlich. Meint, er bekomme zu viel Essen, könne es nie bezahlen, möchte gerne nach Hause, es ginge ihm nun so gut, daß er sich zu Hause weiter erholen könne.

24. X. 12 Kommt ins Ärztezimmer und bittet in verständlicher Sprache um Auskunft seiner Entlassung wegen. Könne und wolle gerne wieder arbeiten, es gehe ihm ganz gut. Ist zeitlich auch über seine Krankheitsgeschichte orientiert. Seit 12 Jahren Soldat, bekomme keine Rente, da er noch nicht 18 Jahre diene, wohl aber den Zivilversorgungsschein. Eltern lebten hier, könne bei ihnen wohnen.

Sei schwer gemütskrank gewesen, das müsse wohl noch mit seiner überstandenen Nierenentzündung zusammenhängen. Könne sich an die Sachen erinnern, es sei ihm ziemlich dunkel gewesen, allmählich werde ihm in letzter Zeit alles klar.

Erinnere sich, daß er in Wilhelmshaven habe aus dem Fenster springen wollen.

Habe sich zu erstechen versucht, das sei alles von der Gemütskrankheit hergekommen.

Möchte hier keinem zur Last fallen, sei der Ansicht, daß er es tue. Des Essens wegen falle er zur Last.

28. X. 12. Tags über außer Bett, steht meist für sich; spricht aber auf Zureden hin freier, deutlicher; bittet um irgend eine, möglichst schriftliche Beschäftigung.

13. XI. 12. Hat sich sehr erholt, sieht frisch und gesund aus.

Keine Einsicht, daß er noch hier bleiben müsse, weil er noch nicht ganz gesund sei. Hat die Idee, er könne und dürfe als Militäranwärter nicht in einem Krankenhause sein, wo täglich Zivilpersonen aufgenommen würden. Meint, es mache Schwierigkeiten mit der Bezahlung seines Aufenthaltes hier. Esse anderen ihre Nahrung weg.

15. XI. 12. Möchte gerne nach Hause. Fühle sich jetzt ganz wohl und munter. Könne es hier nicht mehr aushalten.

18. XI. 12. Wird heute von seinem Vater abgeholt. Gebessert entlassen.

Beabsichtigt als Lohnschreiber auf der Werft zu arbeiten.

Vater ist genau belehrt, auf den Sohn aufzupassen und ihn sofort wieder herzubringen, wenn er Besonderheiten bemerke.

Epikrise:

Im vorliegenden Falle haben wir es mit einer auf dem Boden einer akuten Nephritis entstandenen Psychose bei einem 29jährigen Oberfeuerwerksmaaten zu tun. Von einer psychopathischen Veranlagung oder einem vorausgegangenen Alkoholabusus war anamnestisch nichts zu eruieren. Im übrigen läßt die Erscheinungsfolge der Symptome kaum einen Zweifel an dem ätiologischen Zusammenhang aufkommen. Zu Beginn des Krankheitsberichtes, etwa einen Monat nach der überstandenen Nephritis, finden wir bei dem Patienten die Symptome einer ausgesprochenen Neurasthenie. Er klagt über überschnelle Ermüdbarkeit Energielosigkeit, und Arbeitsunlust. Er habe keine Lebenslust mehr, kein Interesse an irgend etwas. Dazu hat er Flimmern vor den Augen, Druckgefühl im Kopfe, Herzbeklemmung und Atemnot. Das geringste Geräusch regt ihn auf, er fühlt sich sehr matt.

Nach diesem neurasthenischen Vorstadium entwickelt sich allmählich die Psychose, die den Charakter der Katatonie trägt.

Der Patient macht anfangs einen stark deprimierten und gehemmten Eindruck. Er spricht oft ganz zerfahren. Dazu treten triebartige Selbstschädigungsversuche auf, er bringt sich in einem unbewachten Augenblicke mit einer Schere eine Stichwunde auf der Brust bei, versucht mehrere Male, sich durch das Fenster zu stürzen, rennt mit dem Kopf gegen die Wand. Er zeigt zeitweise gar keinen Affekt. Sein Gedankenablauf ist stark gehemmt. Sein Verhalten ist stuporös und negativistisch. Er befolgt keine Aufforderung (Zunge zeigen); steht nicht allein, sondern läßt sich fallen, wenn er nicht gehaltem wird; läßt Stuhl unter sich; erhobene Gliedmassen bleiben einige Zeit stehen; nimmt keine Nahrung, speit alles wieder aus; reagiert nicht auf Nadelstich. Der Gesichtsausdruck ist starr und unbeweglich. Dazu ist er vorübergehend völlig stumm, antwortet auf keinerlei Fragen. Zeitweise ist er desorientiert über seinen Aufenthaltsort und es treten Störungen des Persönlichkeitbewußtseins auf. Er hat Illusionen, so glaubt er, daß das Wasser vergiftet sei usw.

In seinen Antworten zeigt sich vorübergehend eine ziemlich erhebliche Sperrung, dieselben erfolgen zögernd, nach einer Pause, oft ruckweise, bisweilen erst nach Wiederholung der Frage. Die Sprache ist stets leise, wie vorsichtig. Beim Sprechen kommt es bisweilen beim Versuch, ein Wort auszusprechen, zu Logoklonie des Anfangsbuchstabens. Der Patient gibt an, viele Stimmen zu hören, die von allen Seiten herkommen, nähere Definitionen gibt er nicht. Er drängt häufig aus dem Bett uud aus dem Saal heraus; läßt sich nur unter starkem Widerstreben zurückbringen. Er spricht oft monoton stereotyp vor sich hin, wenn er angeredet wird. Gegen Schluß seines Aufenthaltes in der Klinik tritt erhebliche Besserung ein, er gibt zu, schwer gemütskrank gewesen zu sein und führt dies auf die überstandene Nierenentzündung zurück. Er erinnert

sich jetzt an alle vorhergegangenen Vorgänge, es sei ihm ziemlich dunkel gewesen, allmählich werde ihm in letzter Zeit alles klar. Patient hat sich sehr erholt, sieht frisch und gesund aus. Er wird gebessert entlassen.

Die Prognose ist zweifelhaft. Es besteht die große Gefahr eines neuen Schubs.

Zum Schluß habe ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die freundliche Überweisung des Materials und nicht minder für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank abzustatten.

Literaturverzeichnis.

1. Bonhoeffer: „Handbuch der Psychiatrie“ 1912. Spezieller Teil III. Abteilung, 1. Hälfte. „Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und Inneren Erkrankungen“.
2. Köppen: „Über Albuminurie uud Propeptonurie bei Psychosen“. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. 20. pag. 825.
3. Hagen: „Über Nierenkrankheiten als Ursache von Geisteskrankheit“. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1882. Bd 38. pag. 1.
4. Jolly: „Ein Fall von Geistesstörung mit akutem Morbus Brighti.“ Berl. Kl. W. 1873 Nr. 21.
5. Kellersmann: „Ein Fall von akuter Verwirrtheit bei Urämie“. J. D. Kiel. 1904.
6. Wertheim: „Zur Lehre von den Psychosen bei Urämie“ J. D. Kiel 1911.
7. Leidesdorf: „Beiträge zur Diagnostik und Behandlung der primären Formen des Irreseins“. Coesfeld 1855 pag. 73.
8. Jacobson: „Über Autointoxikationspsychosen“. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1895. Bd. 51. pag. 379.
9. Auerbach: „Die infolge von Nierenkrankheiten entstehenden psychischen Störungen“. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1896. Bd. 52. pag. 337.
10. Siemerling: „Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionkrankeiten.“ Deutsche Klinik Bd. 6. II. Abteiluug 1906.
11. Binswanger-Siemerling: „Lehrbuch der Psychiatrie“ pag. 188.
12. Jahresberichte für Neurologie und Psychiatrie 1899, 1901, 1902, 1903.
13. Scholz: Über Geisteskrankheiten nach Brightscher Nierenentartung. Berl. Kl. W. 1876. Nr. 41.
14. Abeg: „Ein Fall von psychischer Störung bei Schrumpfniere. B. Kl. W. 1892. Nr. 17.
15. Wille: “Nierenkrankheiten und Psychosen“. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. Jahrgang 13. 1883.
16. Meyer: „Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen“. Archiv für Psychiatrie Bd. 32. pag. 885.

Lebenslauf.

Am 12. Juni 1887 als Sohn des Großherzoglich Oldenburgischen Ober-Vermessungsinspektors Ludwig Schopen zu Friesoythe i. O. geboren, kath. Konfession, besuchte ich nach der Versetzung meines Vaters nach Cloppenburg i. O. bis zu meinem 11. Lebensjahre die Volksschule daselbst. Nach vierjährigem Besuch der höheren Bürgerschule in Cloppenburg bestand ich Ostern 1903 an dem Gymnasium zu Vechta i. O. die Aufnahmeprüfung für die Obertertia. Ostern 1908 erhielt ich dort das Zeugnis der Reife. Die ersten fünf Semesten meiner medizinischen Studien brachte ich in München und Münster zu und bestand in Münster am Ende des V. Semesters die medizinische Vorprüfung. Im Winter 1910—11 diente ich als Einjährig-Freiwilliger im Königl. Bayrischen II. Infanterie-Regiment „Kronprinz". Die klinischen Semester studierte ich in München, Berlin und Kiel und bestand im Sommersemester 1913 das medizinischeStaatsexamen vor der Prüfungskommission in Kiel.

Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.